様式第23号（第19条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

太宰府市福祉事務所長　殿

　　 年 月 日

自立支援医療費受給者証の再交付について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 証  の　種　類 | １　育成医療 | | | | 自立支援医療費  受給者番号 | | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  | |
| ２　更生医療 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年  月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 受信者  氏名 | | 個人番号： | | | | |  |
| 居住地 | | 〒 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 続柄 | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者  （受診者が18歳未満の場合記入） | | 個人番号： | | | | | | 生年  月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書提出者 | | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 本人と  の関係 | | | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 住所 | | 〒 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　汚損 | | | | ２　紛失 | | | | | | | | | ３　その他 | | | | | |
|  | | 具体的な状況 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |